

# 受講申込書

令和 年 月 日

ポリテクカレッジ島根 FAX 0855-53-0805

コース番号		コース名		開始日(初日)		
フリガナ 受講者氏名		コースに関連する 経験・技能等(※4)		就業状況 (※1)		
				生年月日(西暦)		
				年 月 日生		
				有・無		
				年 月 日生		
				有・無		
				年 月 日生		
				有・無		
				年 月 日生		
				有・無		
勤務先	会社名		1.団体 2.個人事業主 3.個人 (法人番号がない場合は、該当を○で囲んでください)			
	法人番号		①1人～ 29人 ②30人～ 99人 ③100人～299人 ④300人～499人 ⑤500人～999人 ⑥1000人以上 (該当するところを○で囲んでください。)			
	所在地		〒		従業員数	
					業種 (※2)	
					所属団体名	
	TEL		FAX			
	申込 担当者		【申込担当者職氏名】		【所属部署】	
Eメールアドレス				【連絡先 TEL】		
個人 連絡 先	住所		〒 (※個人でお申し込みの場合のみ必ず記入してください。) (※受講票/請求書等を郵送させていただきます。)			
	TEL		FAX			

## 【必須】受講区分(※3)

1.会社	2.個人	「会社」でのお申し込みか、「個人」でのお申し込みか、該当する区分を○で囲んでください。	
<p>※1 就業状況の非正規雇用とは、一般的にパート、アルバイト、契約社員などが該当しますが、様々な呼称があるため、貴社の判断で差し支えありません。</p> <p>※2 業種は、以下の20種のうち該当するものを1つ選んでください。          A. 農業、林業 B. 漁業 C. 鉱業、採石業、砂利採取業 D. 建設業 E. 製造業 F. 電気・ガス・熱供給・水道業          G. 情報通信業 H. 運輸業、郵便業 I. 卸売業、小売業 J. 金融業、保険業 K. 不動産業、物品賃貸業          L. 学術研究、専門・技術サービス業 M. 宿泊業、飲食サービス業 N. 生活関連サービス業、娯楽業 O. 教育、学習支援業          P. 医療、福祉 Q. 複合サービス事業 R. サービス業 S. 公務 T. 分類不能の産業</p> <p>※3 受講区分の「1. 会社からの指示による受講」を選択された場合は、受講者が所属する会社の代表者の方(事業主、営業所長、工場長等)にアンケート調査へのご協力をお願いしております。</p> <p>※4 訓練を進める上での参考とさせていただくため、今回受講するコース内容に関連した職務経験、資格、教育訓練受講歴等をお持ちの方は、差し支えない範囲でご記入下さい。(例: 切削加工の作業に約5年間従事)          (注) 訓練内容等のご不明な点、あるいは安全面・健康上においてご不安な点などございましたら、あらかじめご相談下さい。</p>			
<p><b>当機構の保有個人情報保護方針、利用目的</b></p> <p>○ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「個人情報の保護に関する法律」(平成15年法律第57号)を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。</p> <p>○ ご記入いただいた個人情報については能力開発セミナーの受講に関する事務処理(連絡、修了証書の交付、修了台帳の整備)及び業務統計、当機構の能力開発セミナーや関連するセミナー・イベント等の案内に使用するものであり、それ以外に使用することはありません。受講区分欄の1を選択された方は、申込担当者様あてに送付いたします。</p>			
<p>●今後、セミナーコースや関連するイベント等の案内を希望しますか。 <input type="checkbox"/>希望する。 <input type="checkbox"/>希望しない。</p>			
事務処理欄 (記入しないで下さい。)		<input type="checkbox"/> 受理 / <input type="checkbox"/> 入力 / <input type="checkbox"/> 〒 / <input type="checkbox"/> 担当者	
		(印)	